

Geneva Lane Medical Lib  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSECTIONS APICALES

## THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE  
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

PAR

**EMILE BURGNER**

MÉDECIN DENTISTE

---

GENÈVE

IMPRIMERIE HELVETIA, RUE PH.-PLANTAMOUR, 28

1926

THÈSE N° 46





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSECTIONS APICALES

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE  
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE DENTAIRE

PAR

EMILE BURGNER

MÉDECIN-DENTISTE



GENÈVE

IMPRIMERIE HELVETIA, RUE PH.-PLANTAMOUR, 26

1926

THÈSE N° 46

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le professeur Dr A. Veyrassat, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

*Genève, le 10 mai 1926.*

*Le doyen :*

H. CRISTIANI.

*J'adresse tous mes remerciements à :*

*Monsieur le Dr H. Cristiani, professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine.*

*Monsieur le Dr A. Veyrassat, professeur d'histologie, d'embryologie et de stomatologie à la Faculté de Médecine.*

*Monsieur A. Bardet, professeur de clinique dentaire à l'Institut dentaire.*

*Mon ami, le Dr Emile Schaer, médecin-dentiste.*

*pour leurs bons conseils et le matériel qu'ils ont aimablement mis à ma disposition.*



# Contribution à l'étude des résections apicales

---

## I. Définition.

On comprend sous le nom de résection apicale un ensemble d'opérations ayant pour but la suppression de tissus pathologiques — abcès chroniques, kystes non suppurés, — intéressant l'apex d'une racine malade.

Le curettage et la résection sont les deux temps les plus importants de la technique opératoire.

L'opération est précédée ou suivie, suivant les cas, de l'obturation du canal radiculaire.

## II. Historique.

La résection apicale fut probablement pratiquée pour la première fois par Claude Martin, en France, en 1882.

Depuis ce moment, jusqu'à la fin du siècle dernier, l'opération ne paraît pas avoir intéressé les praticiens. On peut en attribuer la cause probable aux insuccès dus à une technique défectueuse et surtout aux accidents post-opératoires, produits

par une mauvaise antisepsie au cours de l'intervention. Un choix judicieux des cas opérables a aussi considérablement diminué les insuccès.

Vers 1901, le Professeur Maurice Roy, de Paris, commença à pratiquer la résection apicale et, depuis ce moment, n'a pas cessé d'avoir recours à ce moyen pour conserver des dents vouées à l'extraction après un traitement inefficace par voie canaliculaire.

Son expérience lui a fait apporter des modifications de la technique opératoire.

Il ne faut pas oublier l'aide apportée par les fabricants d'instruments qui se sont efforcés de mettre à notre disposition un matériel facilitant grandement les opérations délicates de petite chirurgie.

Le Professeur Barden de Paris, s'est aussi occupé de la question et dans son traité de thérapeutique dentaire appliquée préconise le traitement des kystes radiculaires non suppurés par ce qu'il appelle l'apicectomie, qui n'est autre que la résection apicale.

L'opération comprend six temps successifs que nous verrons plus loin dans la technique détaillée de l'intervention.

A remarquer pour le premier temps le repérage du lieu de l'incision par l'introduction d'une sonde dans le canal aussi profondément que possible pour déterminer l'apex de la racine, partant le lieu de l'incision ; pour cela, il fixe l'émergence de la sonde à la sortie du canal par une goutte de cire et reporte ainsi la longueur obtenue sur la face vestibulaire de la racine. Ce procédé est complété aujourd'hui par la radioscopie et la radiographie. La radiographie est devenue un moyen indispensable pour mener à bien l'opération, elle est en même temps, plus tard, un contrôle de la néo-formation osseuse.

La découverte des anesthésiques locaux, tels que la novocaïne et produits similaires, a contribué pour une large part à la technique exacte des résections apicales.

Il y a trente ans, l'opération était difficile par manque d'insensibilité de la région à opérer, d'où refus ou appréhension du patient. Les accidents causés par la cocaïne devaient aussi faire hésiter le praticien.

Aujourd'hui, l'opération peut être faite sans aucune douleur, sous anesthésie locale. La réaction post-opératoire est généralement très faible. On peut affirmer qu'une résection apicale, faite dans de bonnes conditions d'antisepsie, avec un choix judicieux des cas, n'est plus dangereuse.

L'opération a remplacé complètement la réimplantation. Barden, en 1912, considère la réimplantation comme une opération de fortune et ne donnant que de très rares succès.

De nos jours, la résection apicale est le seul moyen efficace pour tenter la conservation presque certaine d'une racine soumise sans succès à un traitement par voie canaliculaire.

### III. Indications et contre-indications.

La résection apicale, tout en ne présentant aucun danger, est certainement délicate et ne sera entreprise qu'après avoir eu la certitude qu'aucun traitement, pour désinfecter le canal radiculaire, ne peut aboutir; une quantité d'abcès chroniques, s'ouvrant avec fistule à l'extérieur, guérissent avec un antiseptique énergique; l'eau oxygénée injectée dans le canal malade, de façon à faire sourdre le liquide par la fistule, permet la guérison de nombreux cas. Dès la deuxième ou troisième séance, la fistule a souvent disparu. (Voir Revue odontologique suisse, avril 1926, p. 271.)

La résection apicale sera donc indiquée :

a) DANS TOUS LES CAS D'ABCÈS CHRONIQUES ALVÉOLAIRES TRAITÉS SANS SUCCÈS PAR VOIE CANALICULAIRE.

Ici les lésions sont à la fois radiculaires et osseuses. L'abcès a évidemment son origine à l'apex de la racine car l'infection

de la pulpe ne peut se transmettre aux tissus avoisinant que par l'orifice apical. Il faut souligner que les lésions se propagent avec beaucoup plus de rapidité aux tissus osseux qu'à la racine même. Bien que la constitution des tissus cémentaires et osseux soit à peu près la même, le cément offre une résistance beaucoup plus grande que l'os à l'action des cellules ostéoclastes et c'est pour cette raison que dans les lésions osseuses considérables, la racine apparaît presque indemne, à peine l'apex présente-t-il quelques granulations.

Ce n'est que dans les lésions très anciennes qu'on peut constater des vacuoles entraînant à la longue l'envahissement complet de l'apex par le pus. En général, l'extrémité de la racine ne baigne que très rarement dans le pus de tous les côtés.

Souvent une petite portion seulement est atteinte alors que les autres sont encore recouvertes par le ligament alvéolo-dentaire.

Toutes ces constatations ont été bien soulignées par le Professeur Roy de Paris; il en a même déduit qu'il est inutile de procéder dans tous les cas à la résection de l'apex. Il semble pourtant que le curettage de la région nécrosée soit facilité par la suppression de l'apex sans que la diminution de la racine de deux ou trois millimètres ne soit nuisible à sa vitalité.

Il est souvent très difficile, par une radiographie, de se rendre compte de l'étendue exacte des lésions; souvent elle peut même les amplifier, car l'inflammation osseuse donne sur le cliché une image transparente qui peut faire diagnostiquer une nécrose beaucoup plus étendue qu'elle ne l'est en réalité; mais quelle qu'en soit l'importance, elle donnera toujours une indication précieuse, surtout dans les cas où les abcès sont produits par un faux canal. En faisant pénétrer une sonde avant de prendre la radiographie, on pourra ainsi repérer exactement le trajet du faux canal.

*b)* LA RÉSECTION APICALE SERA INDIQUÉE DANS LES CAS DE KYSTES RADICULAIRES.

Il est très difficile malheureusement de diagnostiquer, soit par la radiographie, soit par les constatations cliniques, si l'on est en présence d'un abcès alvéolaire ou d'un kyste de petit volume et ce n'est guère qu'au cours de l'intervention que l'on pourra se rendre compte du genre de lésion. Dans un abcès la paroi osseuse est rugueuse, dans un kyste, au contraire, la paroi osseuse est arrondie et lisse et l'apex est souvent intact; il ne pénètre pas dans la cavité kystique; il se peut néanmoins qu'au cours du traitement, l'introduction des sondes dans le canal, ait provoqué une communication par perforation de la paroi kystique. Barden, avec raison, prétend que seule l'intervention chirurgicale permet de supprimer un kyste non suppuré; en effet, la paroi kystique étant de formation néoplasique elle tend à s'accroître indéfiniment et même la suppuration ne parvient à détruire la membrane du kyste.

Logiquement, les abcès alvéolaires devraient tous guérir avec traitement par voie canaliculaire, mais la diffusion des médicaments à travers des canaux trop étroits ou à travers leurs diverticules microscopiques, ou encore par leurs directions variées, est difficile et devient un obstacle à leur pénétration, partant leur inefficacité à lutter contre une infection avancée.

La persistance des abcès chroniques et l'échec des traitements radiculaires sont dus souvent aussi à un mauvais état général du patient; le terrain n'est alors plus apte à combattre l'infection.

*c)* La résection apicale est indiquée pour toutes les dents, à la mâchoire inférieure comme à la mâchoire supérieure: ELLE SERA APPLIQUÉE SURTOUT POUR LES INCISIVES ET CANINES SUPÉRIEURES ET INFÉRIEURES, les plus faciles à atteindre.

Au point de vue anatomique, il n'y a aucune contre-indication, mais il est évident qu'il est très difficile de faire une

triple résection pour une molaire supérieure, particulièrement la résection de la racine palatine. Il en est de même pour les racines d'une molaire inférieure. Roy préconise la résection pour toutes les dents et ne fait qu'une réserve pour les prémolaires inférieures sans donner de contre-indication. Le trou mentonnier est situé en effet entre ces deux dents très peu en-dessous de l'apex et plus près de la seconde prémolaire que de la première. En pratiquant la résection de leurs racines, on peut quelquefois sectionner quelques filets ou même complètement le nerf mentonnier. La section du nerf mentonnier n'est pas très grave, car elle n'amène généralement qu'une anesthésie temporaire sans lésions trophiques. Il faut néanmoins éviter autant que possible la section du nerf en faisant une ouverture de la muqueuse suffisante pour avoir le champ à opérer net et pouvoir ainsi écarter facilement le nerf mentonnier. Barden, en 1912, préconise la résection apicale pour les incisives, canines et prémolaires, mais ne fait pas mention des molaires.

A la mâchoire supérieure, il faudra faire attention, notamment pour les prémolaires et molaires, au sinus maxillaire; il faudra éviter à tout prix d'y pénétrer en curettant avec précaution la paroi supérieure de la cavité nécrosée. En cas de sinusite, la résection est formellement contre-indiquée; l'extraction de la dent malade s'impose.

### **Contre-indications.**

Il est contre indiqué de faire une résection apicale :

1. Dans les cas d'*abcès alvéolaires aigus*. On se bornera à faire évacuer le pus par une incision simple dans le foyer infecté s'il n'a pas été possible de le faire par voie canaliculaire.

Dans tous les cas, on ne pratiquera l'opération que lorsque les phénomènes aigus auront complètement disparu.

2. Chaque fois que l'on se trouve en présence de lésions trop étendues, où les *tissus nécrosés ne permettraient pas dans l'avenir une néoformation osseuse suffisante pour assurer la vitalité de la racine réséquée*.
3. Dans les cas de pyorrhée alvéolaire, où le ligament alvéolo-dentaire est fortement atteint. *Chaque fois que les lésions exigeraient une résection de la racine dépassant le tiers de sa longueur*, l'opération est inutile car la solidité de la racine dans son alvéole est trop compromise.
4. *Dans les lésions représentées par des kystes dépassant le volume d'une grosse noisette*. Dans ce cas, on fera l'extraction pour activer et permettre la néoformation osseuse dans la cavité creusée par l'évolution du kyste.
5. *Chaque fois que le sujet sera atteint d'arthrite ou de gengivite chronique*.

#### IV. Technique opératoire.

Avant de pratiquer une résection apicale, il faudra mettre la bouche du patient en bon état. On enlèvera les racines et on obturera les dents cariées. La veille de l'opération, afin de travailler sur une muqueuse propre, on prescrira au patient un gargarisme avec une solution antiseptique faible (eau oxygénée, permanganate de potassium à 0,25 ‰, etc.) Le jour même on recommandera au patient un brossage minutieux des dents et des gencives.

L'opération sera précédée d'une radiographie pour connaître la direction, la longueur de la racine et les lésions apparentes.

**OBTURATION DU CANAL.** — Chaque fois qu'il sera possible de le faire, on obturera le canal avant l'opération ; il faudra obtenir un assèchement parfait du canal sinon l'obturation

sera faite après la résection. Le canal sera nettoyé au chloroforme et séché alternativement jusqu'à ce que les mèches introduites soient aussi propres en sortant qu'en entrant : on choisira un cône de gutta-percha approprié à la dimension du canal. On préparera une pâte composée d'oxyde de zinc et eugénol ; on y ajoutera un peu de sous-nitrate de bismuth ou de sulfate de barium pour donner une image opaque de l'obturation canaliculaire. On contrôlera ainsi plus facilement si la matière obturatrice a bien pénétré et même dépassé l'apex dans les cas où l'on fera l'obturation avant la résection.

Si l'on procède à l'obturation après l'opération, on introduira dans la cavité curettée un tampon de gaze pour empêcher l'écoulement sanguin dans le canal. On procédera de même en foulant énergiquement le cône de gutta avec la pâte en en réséquant l'extrémité dépassant la racine. La plaie sera ensuite lavée abondamment avec de l'eau bouillie.

**ANESTHÉSIE DU CHAMP OPÉRATOIRE.** — On obtiendra l'insensibilité du champ opératoire par une anesthésie locale au moyen d'injection de novocaïne et adrénaline. L'opération étant assez sanglante, l'adrénaline sera un puissant adjuvant pour l'hémostase, son action vaso-constrictive empêchera un écoulement sanguin trop intense.

\* Pour 1 cm<sup>3</sup>  $\left\{ \begin{array}{l} \text{novocaïne gr. 0.02} \\ \text{chlorhydrate d'adrénaline 1 millième : 1 goutte.} \end{array} \right.$

Avant d'injecter on badigeonnera à la teinture d'iode la région malade et les dents avoisinantes.

On injectera tout d'abord dans la fibre muqueuse, pour obtenir l'anesthésie alvéolaire, comme pour une extraction : on fera ensuite une injection dans le vestibule en l'étendant largement au-delà de la région malade.

**INCISION.** — Après avoir repéré exactement l'apex de la racine à réséquer (ce point s'obtient par la radiographie, et

avant l'obturation du canal, par une sonde introduite jusqu'à l'apex), on procédera à l'incision.

Elle sera faite horizontalement sur une longueur de 2 cm. l'axe de la racine représentant le milieu. Tout en tenant compte de la position de l'apex, il importe de *ne jamais faire l'incision dans la fibro-muqueuse*. On laissera au moins 3 mm. quitte à ouvrir dans le fond du vestibule si la fibro-muqueuse est très développée. L'apex sera mis à nu en réclinant alors le bord inférieur de la plaie. La fibro-muqueuse est en effet un puissant facteur de régénération osseuse de l'os maxillaire. Cela explique la persistance de fistules malgré la guérison de l'apex et de l'alvéole dans les cas d'incision intéressant la fibro-muqueuse (voir Odontologie 1913, volume 2, page 483).

L'incision sera faite au bistouri jusqu'à l'os ; on décollera le lambeau à la rugine avec le périoste adhérent. Le lambeau sera retenu par un fil de soie attaché au casque de Housset ou au bandeau de Killian (voir Friteau 1924, tome 2, page 178 et 179) ou, à défaut, maintenu par un aide.

On évitera l'incision au cautère qui en ayant l'avantage de diminuer l'hémorragie retarde par contre le temps de cicatrisation. L'os est alors exploré avec une sonde et l'on cherche l'endroit le moins résistant indiquant la région la plus atteinte par l'abcès ; souvent la table externe est perforée et l'on a accès direct dans la cavité. On repère ainsi le siège de l'abcès ; à ce moment, on prolonge l'incision si c'est nécessaire de façon à avoir un champ opératoire absolument net. Les bords de la plaie sont alors réclinés avec un écarteur. Si l'étendue des lésions l'exige, on fera une deuxième incision en T perpendiculaire en son milieu à la première, du côté vestibulaire pour éviter la fibro-muqueuse.

Si la table externe n'est pas perforée, on l'ouvrira à l'aide de fraises rondes avec lesquelles on pratiquera des trous à la suite des uns des autres ; on fait ensuite sauter l'os à la gouge

en une portion délimitée préalablement par ces trous. On agrandit ensuite suivant l'étendue des lésions.

On commencera à ce moment le curettage de la cavité à l'aide de grosses curettes pour en détacher les fongosités. On fait un tamponnement à l'aide de petites serviettes stériles de 5 cm. de côté enroulées de préférence avant sur des pinces de Koch, de façon à ne pas faire de manipulations inutiles. Il sera toujours préférable d'être assisté. L'hémostase étant obtenue temporairement, on a une idée immédiate de l'étendue des lésions.

On continue alors le curettage : dans les anfractuosités, on peut utiliser des fraises rondes en ayant soin de ne pas enlever inutilement de l'os malade : il faudra faire plutôt un grattage. On interrompt de temps en temps pour tamponner et se rendre compte de l'état de la plaie. On procédera à la résection de l'apex à l'aide d'une fine fraise à fissure. Si l'obturation du canal a eu lieu préalablement, on verra au milieu de la section le cône de gutta-percha ; on en lissera l'extrémité au moyen de fraises à finir et de fines meules d'Arkansas. L'extrémité réséquée est saisie dans la cavité à l'aide de précelles ; on procède à un lavage antiseptique avec une solution de Dakin (dichloramine T à 5<sup>0</sup> 0). A l'aide d'une grosse fraise à finir, on lissera la cavité ainsi nettoyée et l'on fera une dernière injection avec la solution de Dakin. On procède alors à la suture du lambeau au catgut. Il est inutile, même nuisible, de faire un tamponnement à demeure car il est rare d'avoir une hémorragie post-opératoire : la plaie recouverte cicatrise beaucoup plus lentement et la réparation des tissus est retardée.

Bien que la suture des lambeaux ne soit pas indispensable, elle est préférable pour éviter un décollement par les mouvements des lèvres après l'intervention.

SUITES OPÉRATOIRES. — On recommandera au patient de faire des bains de bouche fréquents avec une solution antisept-

tique faible. Il reviendra tous les jours pour surveiller la plaie et la nettoyer.

Les réactions post-opératoires sont faibles ; il se produit souvent un oedème et il est à remarquer que plus il est intense, et moins grande est la douleur. Si le patient souffre d'insomnie après l'opération, on lui prescrira un somnifère, un analgésique tels que le véramon, la cibalgine, etc.

Si l'oedème persiste, on prescrit des bains de bouche très chauds et une application de ouate sèche maintenue par un bandeau.

La cicatrisation de la plaie s'effectue dans le délai de 10 à 20 jours.

La néo-formation osseuse s'accomplit dans un espace de 6 à 12 mois, suivant les sujets ; la production d'ostéoblastes décroissant avec l'âge.

Il est rare qu'après 12 mois, la cavité ne soit pas comblée.

On peut donc diviser les diverses phases de l'opération qui ont lieu dans la même séance, de la façon suivante :

- 1er Temps : Repérage de l'apex de la racine intéressée
- 2me » : Désinfection de la région malade (badigeonnage à la teinture d'iode)
- 3me » : Anesthésie du champ opératoire
- 4me » : Incision (*le plus loin possible de la fibro-muqueuse*)
- 5me » : Curettage de la cavité
- 6me » : Résection apicale
- 7me » : Désinfection de la cavité curettée
- 8me » : Suture de la plaie

L'obturation du canal sera faite avant le premier temps ou après le sixième suivant les considérations énoncées plus haut.

## V. Observations des cas.

1. — Melle V. 30 ans. se présente en Juin 1920. La patiente vient consulter pour la confection d'un bridge dont les piliers seront constitués par la canine supérieure gauche et la première molaire supérieure gauche. La couronne de la canine est détruite sur ses faces mésiale et incisive. La molaire est saine.

Après curettage de la cavité de la canine, le canal est ouvert sans douleur et les mèches introduites ressortent avec un léger exudat inodore. Après lavage à l'eau oxygénée, la patiente est renvoyée au lendemain.

*2me séance.* Même traitement avec mèche d'eugénol à demeure pour 24 heures.

*3me séance.* La patiente se plaint de douleurs à l'apex; elle est renvoyée au lendemain avec le canal libre.

*4me séance.* Fumigations iodées avec mèche à demeure pour 24 heures.

*5me séance.* Les douleurs ont disparu. Nettoyage du canal au chloroforme; mèche d'eugénol à demeure pour 24 heures avec obturation provisoire à la gutta-percha.

*6me séance.* Aucune douleur. Nouvelle mèche à demeure.

Après 10 jours, obturation du canal. 3 jours après les symptômes douloureux réapparaissent à l'apex. Douleurs à la percussion. Une radiographie ne montre pas de lésion apparente. La périostite continue à persister. La percussion est plus douloureuse. Trois semaines après le début du traitement, la résection de la racine est décidée.

L'opération a lieu suivant la technique indiquée sans aucune douleur. 24 heures après, oedème très marqué sans aucune douleur.

5 jours après, l'œdème a disparu et la cicatrisation de la plaie s'effectue normalement. Après un mois, le bridge est placé.

En Décembre 1925, la patiente se présente pour quelques obturations. Le bridge n'a pas bougé et le pilier antérieur constitué par une dent de Richemont sur la racine de la canine réséquée est absolument solide. La patiente n'a plus ressenti de douleur depuis l'opération. Une nouvelle radiographie permet de constater une néo-formation osseuse parfaite.

\* \* \*

2. — Mlle C. 32 ans. En Septembre 1924, la patiente se plaint de douleurs au niveau des incisives centrales supérieures. A la pression, douleurs sur les apex des deux racines, mais plus fortes sur la gauche. Les deux dents sont dévitalisées depuis une année. Aucune douleur à la percussion sur la couronne.

Traitement: révulsion au moyen de pointes de feu. Le lendemain, la douleur a complètement disparu, tout est rentré dans l'ordre.

Octobre 1924: Nouveaux symptômes douloureux semblables aux précédents, mais accentués. Au toucher, léger gonflement au niveau de l'apex gauche.

Traitement: pointes de feu; le lendemain, douleurs plus vives à la pression avec gonflement plus marqué; légère fluctuation. Une incision au cautère laisse sourdre un peu de pus inodore. Examiné au microscope, il ne présente ni staphylocoques, ni streptocoques, il est stérile.

Quelques jours après, les phénomènes douloureux s'atténuent. La radiographie permet de constater des canaux bien obturés. Entre les racines des incisives, raréfaction osseuse s'étendant plus du côté gauche. La résection de l'incisive centrale gauche est décidée. L'opération a lieu le 2 Novembre: le curettage de la région malade ne révèle pas des lésions éten-

dues ; quelques fongosités et granulations à l'apex, réséquée immédiatement après. Technique habituelle. Suites opératoires normales ; peu d'œdème ; quelques douleurs calmées par de la cibalgine. La patiente ne se plaint plus du tout. La cicatrisation s'est opérée en 8 jours et actuellement la néo-formation osseuse est complète.

La résection de l'incisive centrale droite sera faite probablement car les phénomènes constatés sur la racine de la dent réséquée s'affirment plus nettement sur l'apex de l'incisive centrale droite.

La constatation des granulations sur l'apex réséqué explique une irritation probable de la membrane périapiculaire produite par l'obturation du canal poussée trop loin.

. . .

3. — Melle S. 40 ans. Septembre 1924, se présente pour une série de travaux ; au cours des soins, vers fin Octobre, la patiente se plaint d'une douleur au niveau de l'apex de la canine supérieure gauche. Cette dent présente une obturation faite avec un ciment au silicate sur la face palatine.

Interrogée, la patiente affirme être incommodée depuis plusieurs mois à intervalles plus ou moins espacés par un « agacement » au niveau de l'apex de cette dent. Comme l'obturation est profonde, il y a probablement mortification pulpaire, cas fréquent après une obturation au silicate sans ciment ou vernis protecteurs.

Comme les douleurs s'affirment, la dent est ouverte à l'aide d'une fraise ronde ; cette dernière se casse et une radiographie prise pour repérer la position de la portion laissée dans la racine, révèle en même temps très nettement une zone nécrosée périapicale assez étendue.

Traitement : lavage à l'eau oxygénée ; mèche à demeure ouverte ; pas d'odeur : la douleur persiste à l'apex pendant plusieurs jours. La résection est décidée 15 jours après.

L'obturation du canal est faite 24 heures avant et la résection a lieu le 24 Novembre. Malgré une faiblesse nerveuse générale, la patiente supporte très bien l'opération.

SUITES OPÉRATOIRES. — Légère dépression due à l'état général, mais il a encore une légère douleur à la pression à l'apex (constatée en Juin 1925).

\* \* \*

4. — Melle G. 25 ans, Novembre 1924, vient consulter pour une fistule s'ouvrant au maxillaire supérieure au niveau de la canine gauche, cette fistule dit-elle tarit quelques semaines, puis réapparaît depuis une année. A la pression, il sort du pus mélangé de sang et d'exsudat. La couronne de la dent présente une cavité mal obturée; la dent est ouverte par sa face palatine et l'on pénètre sans peine dans le canal radiculaire qui est débarrassé des débris de gutta-percha. Le canal est agrandi de façon à assurer une bonne communication avec l'apex et la fistule.

Traitement: injection d'eau oxygénée; ne ressort pas par l'extérieur de la fistule; la patiente manifeste le désir d'extraire la dent pour éviter un long traitement. Une résection est proposée et acceptée.

La radiographie montre des lésions sensiblement analogues à celles intéressant le cas précédent. Le canal est obturé et la résection est faite le jour suivant, le 1er Décembre 1924. L'opération se passe normalement ainsi que les suites. L'oedème a disparu 3 jours après. Cicatrisation rapide en 6 jours. Un mois après, la dent est obturée. Depuis la patiente n'est pas revenue.

\* \* \*

5. — M. B. 26 ans, en traitement depuis Juin 1925. Bouche en mauvais état. Notamment la canine supérieure gauche

présente un quatrième degré avancé. Pas de fistule ; la dent n'a jamais été traitée.

Traitement : nettoyage du canal au chloroforme ; injection d'eau oxygénée ; Rockles à demeure. Le patient s'absente souvent pour voyages, d'où difficulté d'assurer un traitement efficace.

Au bout de 15 jours, au niveau de l'apex de la canine, une grosseur s'établit et s'accroît. La radiographie ne donne pas une idée nette des lésions l'extrémité de la racine s'incurvant très en arrière. La résection proposée et acceptée a lieu le 8 Septembre 1925. L'opération est rendue difficile par le voisinage du sinus ; la cavité curettée s'étend jusqu'au-dessus des racines de la deuxième prémolaire ; il s'agit d'un gros kyste. L'opération devient très douloureuse vers la fin, néanmoins, après s'être assuré qu'il n'y a pas de communication avec le sinus, la racine est réséquée et conservée (la canal a été obturé immédiatement avant la résection).

SUITES OPÉRATOIRES. — Violente réaction par suite de l'étendue des lésions. Ingestion de pantopon. Le lendemain une application de rayons rouges pendant  $\frac{3}{4}$  d'heure amène un grand soulagement, mais plus tard la douleur réapparaît quoique moins forte. Nouvelle ingestion de pantopon permettant au patient de dormir. A la fin du 4<sup>me</sup> jour, les douleurs ont cessé. 12 jours après la cicatrisation est terminée, le patient est venu pour la dernière fois le 2 Octobre ; plus de nouvelles depuis.

## VI. Conclusions

1. La résection apicale a l'énorme avantage d'assurer la conservation de dents atteintes d'abcès chroniques et qui n'ont pu guérir par un traitement par voie canaliculaire.

De même dans tous les cas de racines atteintes de kyste de petit volume, c'est le seul moyen rationnel de les supprimer et d'arriver à la guérison de la racine malade. Le cu-

rettage apical permet de se rendre compte de l'étendue et du genre de lésion d'une façon absolument nette. C'est donc la seule intervention capable de guérir les lésions périapicales causées par les infections pulpaire d'une façon certaine.

2. Le curettage même de la cavité formée par un abcès alvéolaire permet de constater que les lésions osseuses sont toujours plus étendues que les lésions radiculaires.
3. L'incision sera faite toujours largement pour avoir accès facile aux tissus nécrosés et pouvoir curetter en toute sécurité. Cette incision ne sera jamais faite et sous aucun prétexte dans la fibro-muqueuse. On s'en tiendra toujours éloigné d'au moins 3 mm.
4. La résection apicale sera indiquée 1° pour tous les abcès alvéolaires chroniques; 2° les kystes d'un volume inférieur à celui d'une noisette; 3° les petites tumeurs du périoste de l'apex appelés granulômes.
5. La résection apicale est contre-indiquée dans tous les cas où la solidité de la racine est compromise, soit qu'il y ait infiltration du ligament alvéolo-dentaire trop avancée, soit qu'il y ait pyorrhée alvéolaire généralisée. La sinusite est une contre-indication formelle.

La résection apicale est une opération délicate, mais qui s'impose à tout praticien qui veut assurer la guérison radicale des kystes et abcès chroniques.

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Barden 1912.* — Manuel de thérapeutique dentaire appliquée.

*Maurice Roy 1925.* — Odontologie N<sup>o</sup> I, 1925.

*Friteau 1924.* — Dentisterie opératoire, tome II.

---